intervenante périnatal transgenre

équité en santé identification

Outil d'évaluation l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)

orientation sexuelle

populations prioritaires

indentité de genre

hépatite gradient du risque



Outil d’évaluation de l’impact sur l’équité en matière de santé (EIES) axé sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont le VIH

Remerciements

Le projet L'élaboration de compétences essentielles à la prévention des ITSS n'aurait pas été possible sans le soutien et l'implication des nombreuses personnes et organisations qui ont participé aux consultations communautaires, aux groupes de discussion et aux entretiens avec des informateurs. L'Association canadienne de santé publique (ACSP) remercie en particulier les membres des diverses communautés qui ont participé aux groupes de discussion locaux et partagé leurs histoires, leurs idées et leur sagesse avec nous.

Merci à nos partenaires communautaires qui ont coordonné les consultations et les groupes de discussion et qui nous ont permis d'aborder chaque communauté avec tout le sérieux nécessaire. Ces meneurs locaux étaient

- à Vancouver : AIDS Vancouver
- à Saskatoon : Saskatchewan HIV/AIDS Research Endeavour (SHARE)
- à Ottawa : le Comité du sida d'Ottawa
- dans le comté de Renfrew : West Champlain Healthy Community Corporation
- à Montréal : COCQ-SIDA
- à Halifax: AIDS Coalition of Nova Scotia et Nova Scotia Advisory Commission on AIDS
- à Yellowknife : le Collège Aurora

L'ACSP tient aussi à remercier le Groupe de référence national qui a fait don de son temps, de son savoir-faire et de ses conseils tout au long du projet. Les membres du GRN étaient :

- Dre Gina Ogilvie, directrice médicale, Services de prévention clinique, BC Centre for Disease Control
- M. Wayne Robert, directeur général, Health Initiative for Men
- M. Ken Clement, PDG, Réseau canadien autochtone du sida
- Dr Johnmark Opondo, médecin-hygiéniste en chef, ministère de la Santé de la Saskatchewan, équipe de direction provinciale sur le VIH
- Dr Joel Kettner (en remplacement du Dr Allan Ronald) et Mme Anneliese Poetz, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
- Dr Marc Stebben, médecin conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
- Mme Kim Thomas, directrice des programmes, Société canadienne du sida
- Mme Wangari Tharao, directrice des programmes et de la recherche, Women's Health in Women's Hands
- M. Mooky Cherian, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network
- Mme Pam Oickle, superviseure, Réduction des méfaits, Direction des programmes cliniques, Unité de la santé-sexualité et de la réduction des risques, Santé publique Ottawa
- Mme Maria MacIntosh, directrice générale, AIDS Coalition of Nova Scotia

Les membres de l'équipe de projet de l'ACSP étaient :

- M. Greg Penney, directeur, Programmes nationaux
- Mme Jessica Demeria, agente de projet
- Mme Maria-Helena Pacelli, adjointe de projet
- Mme Rosemary Forbes, agente de projet

Ce projet a été rendu possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les points de vue exprimés dans le présent document ne sont pas nécessairement ceux de l'Agence.

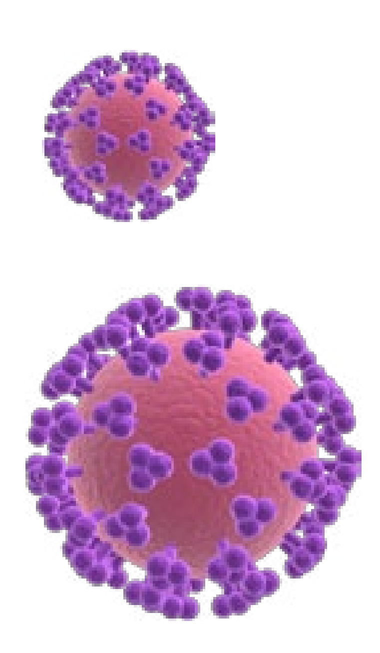


Table des matières

Glossaire et liste d’abréviations

Les termes suivants ne sont pas tous utilisés dans le document, mais ils sont utiles pour comprendre le contexte de la prévention des ITSS et de la santé sexuelle.

ACN : Les communautés africaine, caribéenne et noire; au Canada, le taux de VIH est élevé au sein des populations noires et originaires de l’Afrique et des Caraïbes.

ACSP : Association canadienne de santé publique.

ASPC : Agence de la santé publique du Canada.

Autochtones : Les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada (pour les besoins du présent document).

Bisexuel, Bisexuelle : Une personne sexuellement attirée à la fois par les hommes et les femmes.

Bispirituel, Bispirituelle, À deux esprits : Les Autochtones gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres qui sont à la frontière entre les mondes et les genres, selon la définition de l’organisme 2-Spirited People of the 1st Nations; ces termes ne sont pas utilisés dans toutes les communautés autochtones.

Co-infection : Plus d’une infection à la fois; l’infection par le VIH et le VHC est un exemple de co-infection.

DS : Déterminants de la santé; la santé est déterminée par des interactions complexes entre les conditions sociales et économiques, le milieu physique et les comportements individuels; on a identifié au Canada 12 grands déterminants de la santé, dont le sexe, le revenu, l’emploi, les conditions de travail, le logement et l’instruction; ces déterminants n’existent pas isolément les uns des autres : c’est leur influence combinée qui détermine l’état sanitaire. Voir aussi DSS (Déterminants sociaux de la santé).

DSS : Déterminants sociaux de la santé; ils sont propres aux conditions sociales et économiques qui façonnent la santé des personnes, des communautés et des pays; ces déterminants influencent aussi la mesure dans laquelle les particuliers possèdent les ressources physiques, sociales et personnelles pour atteindre leurs objectifs, combler leurs besoins et composer avec leur environnement.

Équité en santé : L’absence de disparités d’état de santé entre différents groupes même s’ils sont différemment favorisés selon les déterminants sociaux de la santé; la réduction des obstacles qui mènent aux disparités d’état de santé conduit à l’équité en santé.

FIV : Facteurs influençant la vulnérabilité; ce sont les facteurs qui ont un impact sur le risque d’une personne de contracter une ITSS et sur sa vulnérabilité aux ITSS. (FIV.

Gradient du risque : Plus les facteurs de risque d’ITSS sont prévalents dans la vie d’une personne, plus le risque couru par cette personne augmente avec le temps et plus grave est le risque qu’elle court en raison des divers facteurs; le gradient social est semblable : plus le statut socioéconomique d’une personne est bas, plus ses résultats sanitaires ont tendance à être défavorables.

HARSAH : Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, peu importe comment ils s’identifient; il s’agit d’une classification épidémiologique de la transmission des ITSS.

Hépatite : Une inflammation virale du foie; ce virus peut prendre plusieurs formes, dont les types A, B, C, D, E et G; souvent associée à la consommation de drogues injectables, l’hépatite C est une atteinte hépatique chronique.

Identité de genre : L’image de soi d’une personne ou sa conviction d’être de sexe féminin ou masculin; ne correspond pas toujours au sexe biologique.
Intervenant de première ligne, Intervenante de première ligne : Toute personne qui est le premier point de contact avec le patient, le client ou l’usager d’un bureau de santé publique, d’un organisme communautaire ou d’un organisme de services liés au sida.

ITS : Infections transmissibles sexuellement; infections causées par l'activité sexuelle ou par une exposition.

Remarque : l'expression « maladie transmise sexuellement » n'a plus cours)

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang; la chlamydia (transmise sexuellement) et l'hépatite C (véhiculée par le sang) en sont des exemples).

IVS : Infection véhiculée par le sang; ces infections sont transmises par contact sanguin direct d'une personne à une autre à travers une peau ou des muqueuses lésées; elles sont également transmises par la consommation de drogue et les contacts sexuels; l'hépatite A, B, et C en sont des exemples.

OC : Organisme communautaire.

Orientation sexuelle : La façon dont les gens se définissent par rapport à leur désir sexuel pour une autre personne.

OSLS : Organisme de services liés au sida.

Outil d'EIES : Un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé.

Outil d'EIES-ITSS : L'outil élaboré dans le cadre du projet de l'ACSP intitulé « L'élaboration de compétences essentielles à la prévention du VIH et des ITSS ».

Périnatal, périnatale : Relatif à la période directement avant et après la naissance.

Populations prioritaires : Les populations identifiées par l'ASPC comme étant les plus exposées aux ITSS au Canada d'après les catégories d'exposition au risque et les taux d'infection recueillis par l'Agence; on a défini huit grandes catégories de ces populations; ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives; les chevauchements et les croisements entre les groupes donnent lieu à des identités complexes et à des problèmes de santé qui le sont tout autant.

Sexe sans barrière physique : Activité sexuelle qui n'inclut aucun dispositif de protection physique; les condoms et les digues dentaires sont des exemples de ces barrières.

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise; causé par l'infection à VIH et diagnostiqué à l'aide de critères cliniques, comme les maladies définissant le sida et certaines analyses sanguines.

Transgenre : Personne dont l'identité de genre, l'apparence extérieure, l'expression ou l'anatomie ne correspond pas aux attentes traditionnelles de masculinité ou de féminité.

VHC : Virus de l'hépatite C.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine; entraîne une combinaison de maladies qui, aux stades avancés, peuvent mener au sida.

Première partie : Un outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé axé sur les ITSS

I. Introduction

Les iniquités face à la santé sont à la fois évitables et injustes. L'équité en santé est l'absence de disparités dans les déterminants sociaux de la santé entre des groupes différemment favorisés sur le plan social. Ces déterminants sont des facteurs comme le sexe, le revenu, l'emploi, les conditions de travail, le logement et l'instruction. La défavorisation sociale crée des obstacles qui entraînent des disparités d'état de santé. Une démarche d'équité en santé contribue à pérenniser le système de santé en réduisant l'incidence et les coûts des maladies évitables.

Pour redresser les iniquités face à la santé, il faut d'abord connaître les obstacles aux soins et les besoins des groupes défavorisés au départ. Des études ont montré que les disparités d'état de santé sont ancrées dans les inégalités sociales et économiques générales et dans l'exclusion. Il existe des gradients sociaux clairs qui montrent que plus le statut socioéconomique d'une personne est bas, plus ses résultats sanitaires ont tendance à être défavorables. Par exemple, plus le revenu et l'instruction d'une personne sont faibles, plus sa santé globale tend à être médiocre.

Il nous faut connaître les déterminants sociaux de la santé pour comprendre comment influencer et potentiellement atténuer les disparités d'état de santé. Nous avons aussi besoin d'outils pratiques et efficaces pour appliquer ces connaissances aux initiatives sanitaires que nous créons, qu'il s'agisse de politiques, de programmes, de projets, d'interventions ou de services. L'un de ces outils est l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES).

Une EIES permet de déceler les populations vulnérables et prioritaires au sein d'une communauté. On s'en sert souvent comme d'un outil « de premier passage » à l'usage des planificateurs de programmes, des décideurs et des responsables des politiques qui souhaitent intégrer les facteurs d'équité dans la planification de nouvelles initiatives. Une EIES peut contribuer à atteindre un objectif stratégique prioritaire de longue date, comme d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes confrontés à des obstacles.

L'outil d'EIES que nous présentons ici est conçu pour vous aider, ainsi que votre organisme de première ligne, à examiner toute initiative proposée (une politique, un programme, un projet, une intervention ou un service) pour déterminer si elle pourrait involontairement accroître la vulnérabilité d'une population, en particulier sa vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Notre outil d'EIES-ITSS sert aussi à débusquer les impacts involontaires de la nouvelle initiative sur la prévention et le traitement des ITSS – ceux que vous ne connaissez pas déjà.

II. Pourquoi une EIES axée sur les ITSS?

L'outil d'EIES-ITSS que nous présentons ici est adapté de l'outil d'EIES générique (version 2.0) et du guide de travail produits par le gouvernement de l'Ontario. Il est conçu pour être utilisé auprès des populations prioritaires désignées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), dans le contexte de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont le VIH.

Tous les outils d'EIES cherchent à déceler les groupes « cachés » dans la population générale qui sont particulièrement exposés ou plus sujets aux ITSS. L'ASPC a défini huit populations prioritaires pour ce qui est des ITSS d'après leur exposition aux risques et leurs taux d'incidence plus élevés. Ces populations prioritaires sont les catégories de base de notre outil d'EIES-ITSS (ci-après dénommé « l'Outil »), le seul à aider les organismes à mieux cerner, puis à examiner les croisements entre ces groupes et communautés et les identités qui en résultent.

Croisements entre les populations
Les populations prioritaires ne sont pas mutuellement exclusives. Notre Outil prend les populations de l'ASPC comme point de départ, puis cherche à déterminer quels sont les croisements et les facteurs qui se chevauchent entre ces populations; par exemple, les gens qui sont à la fois membres des Premières Nations, HARSAH (des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et

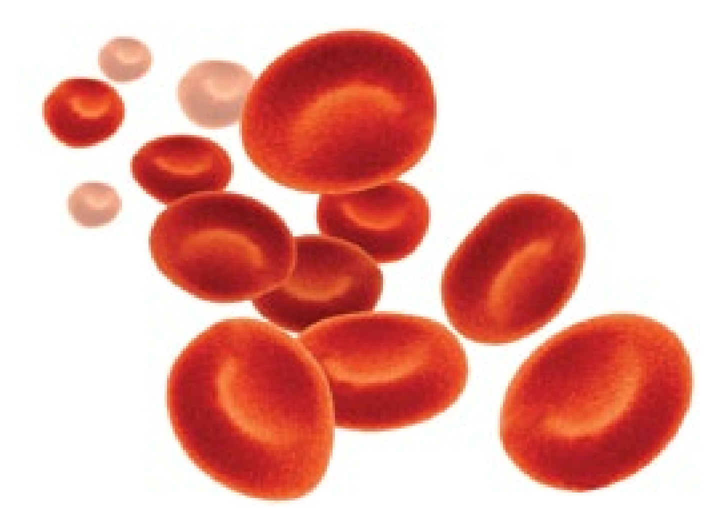
citadins ont des identités complexes; l'Outil peut aider à repérer les risques particuliers de ces identités croisées.

En raison d'un éventail de facteurs, les personnes considérées comme étant membres des populations prioritaires sont plus exposées aux ITSS. Ces facteurs les placent dans des situations qui ont des incidences sur leur santé et leur bien-être, notamment sur leur risque de contracter des ITSS. Il faut reconnaître que la santé et la situation personnelle ne sont pas statiques. La position d'une personne sur un gradient du risque peut changer au cours de sa vie. Pour être efficace, une initiative de prévention doit absolument tenir compte des circonstances particulières influençant la santé d'un groupe. L'Outil aide les organismes à repérer systématiquement les groupes de leur communauté qui sont plus sujets aux ITSS. Ces groupes sont dès lors jugés prioritaires dans la communauté.

Les déterminants sociaux de la santé et l'évolution des facteurs influençant la vulnérabilité (FIV)
La plupart des EIES reposent sur un cadre générique que l'on peut appliquer à n'importe quel secteur et à n'importe quel contexte pour vérifier si une initiative proposée va augmenter ou réduire les iniquités dans les populations clés. Ces EIES cherchent ensuite à déterminer le meilleur moyen d'atténuer les impacts involontaires négatifs tout en maximisant les impacts involontaires positifs. Beaucoup d'outils d'EIES envisagent les communautés dans l'optique des déterminants de la santé (DS) et de l'incidence globale de ces déterminants sur la santé et le bien-être. De nombreuses démarches de prévention des ITSS utilisent la même optique; or, bien qu'elle soit utile, cette optique ne porte pas directement sur l'exposition aux ITSS.

Dans le présent document, on trouvera des exemples de facteurs qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le risque de contracter une ITSS. Ces facteurs sont fondés sur les grands déterminants sociaux, mais ils se manifestent différemment au sein des populations prioritaires en ce qui a trait aux ITSS. Nous les appelons les facteurs influençant la vulnérabilité (FIV); ils sont énumérés à l'annexe B.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a tenu des consultations, des groupes de discussion et des entretiens avec des informateurs à sept endroits au Canada. Les FIV ont été cernés et précisés par des gens qui s'identifient comme étant membres des populations prioritaires dans le contexte des ITSS, par des professionnels de la santé publique, des cliniciens, des membres des professions apparentées au domaine de la santé, des intervenants de première ligne, des bénévoles, des spécialistes et des chercheurs. La liste des FIV ne se veut pas définitive. Au fil du temps, les FIV vont changer, ou de nouveaux facteurs vont s'ajouter à mesure que nous comprendrons mieux ce qui influe sur la vulnérabilité aux ITSS. L'impact des FIV sur la santé et le bien-être des populations prioritaires est différent de leur impact dans la population générale. Certains facteurs peuvent être communs à toutes les populations prioritaires, mais se manifester très différemment au quotidien, selon le facteur, le contexte et la population. Les intervenants qui planifient des initiatives de prévention dans le contexte des ITSS doivent être conscients du fait que leurs initiatives pourraient avoir un impact positif ou négatif sur ces facteurs et ces populations. Les FIV se veulent une ressource complémentaire, lorsqu'on remplit le modèle de l'Outil, pour débusquer des impacts uniques au sein de certaines populations.



III. L'Outil

L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) axé sur les ITSS comprend des instructions, un modèle modifiable et une liste de facteurs influençant la vulnérabilité (FIV). On peut s'en servir pour évaluer une politique, un programme, un projet, une intervention ou un service de prévention en cours de mise au point. Pour simplifier, dans le présent document tous ces efforts

sont appelés « initiatives ».

A. But et objectifs
Le but de l'Outil est de fournir un outil pratique pour aider les intervenants qui préparent des initiatives de première ligne à faire de leur mieux pour s'assurer qu'elles ne feront pas augmenter les iniquités en santé qui touchent déjà les personnes vulnérables aux ITSS.
Les objectifs de l'Outil sont les suivants :

- Appuyer les processus d'évaluation et de décision d'un organisme durant l'élaboration d'initiatives.
- Cerner et aborder les impacts involontaires (positifs ou négatifs) sur les populations prioritaires et d'autres groupes qui peuvent avoir du mal à obtenir des résultats sanitaires équitables.
- Faire fond sur le travail de prévention actuel de l'organisme et améliorer la constance et la transparence avec lesquelles il aborde les problèmes d'équité.
- Renforcer le travail sur les facteurs qui peuvent influencer la vulnérabilité aux ITSS.
- Cataloguer systématiquement les processus décisionnels pour faciliter l'élaboration d'initiatives futures.

En remplissant le modèle et en « sortant des sentiers battus », les organismes peuvent créer des stratégies pour atténuer les impacts négatifs involontaires et maximiser les impacts positifs involontaires.

Si l'on découvre d'éventuels impacts négatifs, l'Outil offre un cadre pour explorer les moyens de les atténuer. ***L'Outil ne sert pas à déterminer si une initiative est bonne ou mauvaise.***

L'Outil ne remplace pas une appréciation des besoins; ce n'est pas non plus un outil ou un cadre d'évaluation. C'est plutôt un moyen d'éclairer la conception et la planification de nouvelles initiatives de prévention.

B. Populations prioritaires

Voici la liste des huit populations prioritaires définies par l'Agence de santé publique du Canada, modifiées pour les besoins de l'Outil d'EIES-ITSS :

1. Les Autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis)
2. Les hommes gais, bisexuels, bispirituels et autres HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)
3. Les consommateurs de substances, dont les drogues injectables (au lieu de Les utilisateurs de drogues injectables)
4. Les personnes incarcérées ou ayant fait de la prison (au lieu de La population carcérale)
5. Les jeunes à risque
6. Les femmes à risque (au lieu de Les femmes)
7. Les personnes d'origine africaine, caribéenne et noire (ACN) et les ressortissants d'autres pays où le VIH est endémique, y compris les nouveaux arrivants (au lieu de Les personnes provenant de pays où le VIH est endémique)
8. Les personnes vivant avec le VIH/sida
9. D'autres segments de la population, comme les personnes sans statut juridique au Canada ou sans assurance-maladie et les personnes sans médecin de famille (ajoutées en tant que neuvième groupe)

L'Outil utilise ces populations prioritaires comme base de référence pour l'examen d'une communauté et de ses sous-populations. Par exemple, tous les hommes homosexuels ne sont pas exposés aux ITSS; cependant, la sous-population des hommes homosexuels qui pratiquent le sexe de survie ou le travail du sexe dans la rue peut être exposée aux ITSS, ainsi qu'à la violence et à la criminalisation. Le but de l'exercice est de repérer les croisements entre ces populations et sous-populations.

En réalité, il est difficile de caser exactement les gens dans un groupe. Les populations prioritaires énumérées ci-dessus ne sont qu'un point de départ, une « première coupe », que les intervenants de première ligne peuvent prendre en compte lorsqu'ils mettent au point et qu'ils affinent le profil de leur communauté. Il est essentiel, pour utiliser l'Outil, de reconnaître l'existence de croisements et la fluidité des groupes.

C'est l'occasion pour vous de cerner les groupes, les sous-groupes et les personnes prioritaires dans votre propre communauté qui peuvent être plus sujets aux ITSS. Par exemple, une femme peut s'identifier comme étant membre d'une Première Nation, utilisatrice de drogues injectables et travailleuse du sexe. Le croisement de ces identités

donne lieu à un ensemble unique et complexe d'obstacles à sa santé et à son bien-être et peut accroître de façon importante son risque de contracter une ITSS.

Les être humains sont complexes et changeants. Ils ne sont pas statiques, ni d'ailleurs les circonstances dans lesquelles ils vivent. Les gens peuvent se retrouver sur un gradient de risque au fil du temps ou même occasionnellement. Leur identification aux catégories de risque peut évoluer avec le temps. À titre d'exemple, les risques d'une femme qui pratique le travail du sexe dans la rue et qui consomme activement des substances ne seront plus les mêmes si elle quitte l'industrie du sexe ou si elle cesse de consommer de la drogue.

Simultanément, les intervenants de première ligne ressentiront le besoin de modifier leurs approches de prévention en fonction de chaque personne. Un homme homosexuel canadien n'aura pas le même vécu qu'une femme venant d'un pays où le VIH est endémique. Il faut employer des approches différentes pour s'occuper de leur santé et de leur bien-être, et des approches très différentes en matière de prévention des ITSS.

Le principal défi, lorsqu'on planifie une initiative, est de réduire l'exposition aux ITSS dans un groupe donné sans accroître la vulnérabilité et les iniquités dans d'autres groupes. Les initiatives de prévention ciblées peuvent être efficaces, mais il est important qu'elles ne nuisent pas à d'autres groupes par inadvertance. Les membres des populations prioritaires peuvent déjà se sentir isolés, d'où l'importance de ne pas les marginaliser davantage en ignorant leurs besoins.

Une nouvelle initiative ne déclenchera pas nécessairement des vulnérabilités dans d'autres segments de la population, mais les intervenants et les organismes de première ligne doivent être conscients de la possibilité qu'elle ait des impacts involontaires.

L'Outil peut vous aider à repérer les croisements entre les populations prioritaires ciblées par une nouvelle initiative. L'important est de découvrir et de répertorier, dans la communauté, certaines des identités les plus complexes et les plus croisées qui pourraient être touchées par l'initiative.

En outre, les organismes de première ligne peuvent faire de leur mieux pour intégrer la rétroaction des membres de la communauté au stade de la planification de l'initiative afin de comprendre comment les gens s'identifient et pour mieux tenir compte de l'unicité de chaque segment dans l'offre de services. Ce n'est pas une tâche facile, mais plus on recueillera d'information, plus l'initiative sera efficace et pertinente pour prévenir les ITSS.

C. Facteurs influençant la vulnérabilité (FIV))

Pour évaluer d'avance les éventuels impacts involontaires d'une initiative de prévention proposée, il faut connaître les facteurs influençant la vulnérabilité aux ITSS. Certains FIV s'appliquent globalement à toutes les populations prioritaires, tandis que d'autres semblent être propres à certaines populations seulement. Les FIV sont un prisme utile à travers lequel on peut évaluer une initiative avant sa mise en œuvre.

Les exemples de FIV propres aux ITSS qui figurent à l'annexe B ont été élaborés selon un processus combinant des études de sources existantes, des groupes de discussion avec des membres des populations prioritaires, des consultations avec des organismes de première ligne et des entretiens avec des informateurs. À l'intérieur de chaque FIV, il peut y avoir d'autres sous-facteurs associés à une exposition accrue aux ITSS, comme l'ethnicité, l'identité/l'orientation sexuelles, la langue et l'accès à des services de santé culturellement appropriés. Certains impacts sont plus prononcés ou se manifestent différemment dans différentes populations.

Comment les FIV se manifestent dans la vie réelle

Les facteurs influençant la vulnérabilité aux ITSS peuvent être très subtils et nuancés. L'exemple ci-dessous montre que les superpositions d'impacts et de croisements entre les facteurs peuvent accroître la vulnérabilité et le risque individuels :

> *Jeanne, une femme de la classe moyenne au milieu de la trentaine, se rend dans son centre de santé communautaire parce qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle voudrait un bilan de santé. Le centre offre des services intégrés et connexes, dont des mesures d'aide à la santé mentale et à la toxicomanie, une clinique de santé sexuelle*

sans rendez-vous, une clinique VIH et une foule de programmes communautaires de mieux-être. Jeanne fréquente ce centre depuis longtemps, car elle n'a pas de médecin de famille; elle s'y rend d'habitude pour des problèmes de santé mineurs.

Jeanne remarque une femme qui vient d'entrer et qu'elle n'a pas vue depuis plusieurs années. Sa condition physique s'est détériorée, et elle semble très malade. Jeanne et cette femme ont été de bonnes amies et des colocataires à l'université. Elles ont souvent fait la fête avec des groupes de gens divers. Jeanne se souvient qu'à l'époque, elles n'avaient pas beaucoup d'argent et dépendaient des hommes qu'elles fréquentaient pour payer pour la plupart des choses. Malgré la brièveté de certaines de ces relations, Jeanne s'est toujours sentie obligée d'avoir des relations sexuelles avec ces hommes. À la même époque, elle a fait l'expérience de drogues pour rester éveillée durant les examens et respecter ses échéances. Elle a consommé de la cocaïne et d'autres stimulants à quelques reprises. Jeanne continue de prendre de la cocaïne à l'occasion avec son mari.

Son amie s'approche pour lui parler pendant que Jeanne finit de s'inscrire. Elles sont debout près du comptoir à bavarder et à rattraper le temps perdu. Tout en parlant, Jeanne croit remarquer que la réceptionniste les regarde, et elle commence à se sentir mal à l'aise. Soudain, elle s'aperçoit que son amie lui a dit quelque chose qu'elle n'a pas entendu. Elle lui demande de répéter, et la femme lui dit assez fort qu'elle est au centre de santé pour voir le spécialiste du VIH. Jeanne remarque que la réceptionniste a entendu cette information et se sent encore plus mal à l'aise. Elle est sous le choc : elle n'a jamais connu personne qui ait le VIH, et elle ne s'est jamais fait dépister.

Jeanne pense que la réceptionniste doit savoir que son amie est séropositive, et elle a honte d'être vue en sa compagnie. Le médecin entre à la réception, et la réceptionniste le prend à part. Ils parlent à voix basse pendant quelques minutes derrière le comptoir. Le médecin regarde Jeanne à quelques reprises durant cet échange, puis enfile des gants en latex. L'infirmière lui tend le dossier de Jeanne; il semble le lire; pendant ce temps, l'amie de Jeanne continue à parler, mais Jeanne n'écoute plus. On appelle son nom.

Dans la salle d'examen, le médecin lui demande la raison de sa visite. Jeanne n'arrête pas de se dire : « il doit penser que j'ai le VIH moi aussi! ». Le médecin l'invite à s'asseoir sur la table d'examen. À ce moment, Jeanne affirme qu'elle se sent beaucoup mieux et qu'elle n'a pas vraiment besoin d'être ici. Elle s'excuse d'avoir fait perdre son temps au médecin et sort en toute hâte. Une fois dehors, elle se dit qu'elle n'avait pas besoin de voir un médecin de toute façon; en fait, elle n'a pas vraiment besoin d'un médecin de famille et elle peut toujours se rendre à l'urgence s'il le faut.



Jeanne semble avoir eu peur que la réceptionniste ne la croie séropositive pour le VIH, étant donné l'état sérologique de son ancienne amie. Que les gestes de la réceptionniste appuient cette conviction ou non, Jeanne a craint ou s'est attendue à être traitée de façon discriminatoire, ce qui l'a poussée à quitter le centre de santé sans obtenir le traitement pour lequel elle était venue. De plus, la vulnérabilité de Jeanne aux ITSS a aussi beaucoup augmenté, car elle se sent maintenant mal à l'aise au centre de santé, qu'elle ne voit plus comme un territoire neutre. Elle ne veut plus y retourner pour quelque type de soins que ce soit, préférant plutôt se rendre à l'urgence au besoin. Jeanne n'a jamais été dépistée pour le VIH, et elle ignore son état sérologique. Elle continue de consommer de la drogue et partage son attirail avec son mari, qui ignore lui aussi son état sérologique. Par crainte d'être stigmatisée, Jeanne a accru son risque de contracter une ITSS ou de la laisser non détectée.

IV. Exécution d'une évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé axée sur les ITSS

Ne pas accroître la vulnérabilité ni les iniquités

Notre Outil aide les organismes de première ligne à examiner une initiative proposée (politique, programme, projet, intervention ou service) afin de déterminer si elle pourrait involontairement influencer la vulnérabilité d'une population aux ITSS. Il aide aussi à débusquer les impacts involontaires de l'initiative (positifs et négatifs) et, si l'on découvre d'éventuels impacts négatifs, il fournit un cadre pour explorer les moyens de les atténuer et de maximiser les impacts involontaires positifs.

L'Outil ne sert pas à déterminer si une initiative est bonne ou mauvaise. Une EIES-ITSS ne doit pas remplacer une appréciation des besoins, ni être un outil ou un cadre d'évaluation. C'est plutôt un moyen d'éclairer la conception et la planification de nouvelles initiatives de prévention.

A. Quand mener l'EIES-ITSS

Une EIES-ITSS doit être menée aussi tôt que possible au cours des stades de planification ou d'élaboration du cycle de l'initiative (voir l'illustration ci-après). L'organisme peut ainsi apporter des ajustements avant que les possibilités de modifier l'initiative ne soient trop limitées. L'idéal est de mener cette évaluation tôt, mais on peut toujours introduire une EIES plus tard dans le cycle de planification ou d'élaboration. Par exemple, elle peut avoir lieu durant les examens ou les évaluations liés à la croissance, au réalignement ou à la clôture de l'initiative. À ces dates tardives toutefois, l'application des recommandations issues de l'EIES peut être limitée par des facteurs comme les décisions antérieures, les investissements déjà faits, les ressources restantes et les échéances à respecter

B. Niveaux d'évaluation

Toutes les EIES présentent une démarche systématique, fondée sur les preuves, pour faire en sorte que l'équité soit prise en compte dans les processus de planification et de décision d'une initiative. L'évaluation est généralement menée par une équipe interne et non par un consultant de l'extérieur.

Il y a trois niveaux, ou démarches, pour mener l'évaluation :

- L'EIES rapide, ou de bureau, recueille de l'information à partir des revues existantes de la littérature spécialisée, d'interactions ou d'entretiens avec les clients des services et de statistiques d'utilisation. Elle ne comprend pas d'habitude une vaste participation communautaire et n'exige pas d'études originales. L'évaluation peut prendre quelques heures ou quelques jours.
- L'EIES standard est plus détaillée et implique davantage de prises de contact et de localisation de sources d'information par le biais de revues de la littérature spécialisée et de participation communautaire. De nouvelles études visant à répondre à des questions précises liées à l'initiative peuvent s'y ajouter. On utilise ce genre d'évaluation pour les projets susceptibles d'avoir des impacts importants dans la communauté. L'évaluation peut prendre quelques jours ou quelques semaines.
- L'EIES exhaustive réunit tous les éléments déjà mentionnés au sujet de la participation, des sources de données et des études nouvelles. Elle implique des études plus approfondies, comme de consulter les communautés et différents secteurs. D'ordinaire, on utilise ce genre d'EIES pour les projets complexes, à grande échelle, qui auront des impacts déterminants dans la communauté. L'évaluation peut

prendre quelques semaines ou quelques mois.

La plupart des évaluations se situent généralement entre le niveau rapide/de bureau et le niveau standard. C'est à votre organisme de déterminer de quel niveau d'évaluation il a besoin d'après l'envergure et la profondeur de l'initiative, les ressources disponibles et le degré de collaboration avec les autres organismes de la communauté.

Deuxième partie : Mode d'emploi du modèle de l'EIES-ITSS

Le modèle (voir l'annexe A) est conçu pour vous aider à organiser les stades de votre évaluation—la clé est de suivre systématiquement les étapes indiquées. Vous pouvez adapter le modèle ou créer votre propre système de compte rendu, selon les besoins de votre organisme. En suivant les étapes, faites preuve d'autant de créativité que les personnes qui participent au processus.

Dans le haut du modèle, entrez l'information suivante concernant votre initiative :

- Nom de l'initiative
- Principale(s) population(s) cible(s)
- Résultats escomptés

1e étape : Étude de champ

Colonne 1a) : Autres populations pouvant être touchées par l'initiative

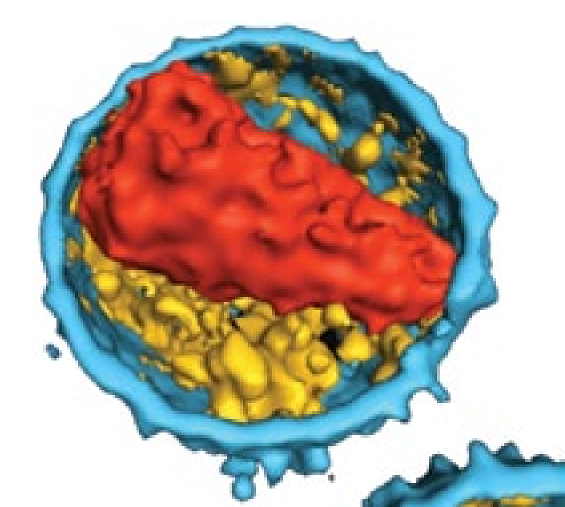
Il se peut que votre organisme n'offre des programmes qu'à une seule population, mais cette étape vous permettra de commencer à réfléchir aux autres membres de la communauté qui pourraient aussi être touchés par votre initiative. Cela ne veut pas dire que votre organisme doit offrir des programmes à toutes les populations; ce n'est peut-être ni réaliste, ni faisable. Cette étape vise plutôt à vous faire une idée plus large de la communauté dans laquelle vous avez une présence.

Commencez par les populations prioritaires. Vous pourrez ensuite affiner votre recherche afin de cerner les populations qui pourraient être vulnérables aux ITSS dans votre communauté. Envisagez toujours la possibilité qu'il y ait des croisements : votre initiative pourrait toucher des personnes appartenant à plusieurs groupes or sous-groupes. Certaines personnes ne s'identifient pas à plus d'un groupe, tandis que d'autres ont le fort sentiment d'appartenir à plusieurs groupes. L'impact sur d'autres populations peut ne pas être clair à première vue.

Souvenez-vous qu'il s'agit de populations cachées, mais jugées prioritaires dans votre communauté; il sera donc utile de mener l'analyse la plus approfondie possible. Par exemple, le personnel peut mener des entretiens avec des informateurs d'autres organismes qui ne travaillent pas spécifiquement dans le domaine de la prévention des ITSS, mais qui offrent néanmoins des services et des programmes à des clientèles qui peuvent être à risque (p. ex., fournisseurs de logements, services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes, services correctionnels régionaux, maintien de l'ordre public). Les entretiens, les sondages ou les groupes de discussion avec la clientèle actuelle sont utiles pour déterminer si d'autres membres des populations prioritaires ont été oubliés par le passé ou ont été touchés par des initiatives antérieures.

Dans la colonne 1a), inscrivez tous les groupes de votre communauté qui pourraient, selon vous, être touchés par l'initiative que vous proposez et qui seraient les plus exposés aux ITSS. Servez-vous du modèle pour vous concentrer sur ceux que vous pourriez toucher involontairement. Songez à la complexité des identités et des personnes qui peuvent vivre dans votre communauté.

Demandez-vous ensemble s'il y a des populations non ciblées qui pourraient être touchées par votre nouvelle initiative. Souvenez-vous que les populations prioritaires existent sur un gradient. Le risque varie au fil du temps; il n'est pas statique.



Colonne 1b) : Facteurs influençant la vulnérabilité (FIV)

Pour chaque population que vous avez inscrite dans la colonne 1a), énumérez les facteurs pertinents influençant la vulnérabilité aux ITSS (consultez l'annexe B). Commencez à réfléchir à la façon dont ces facteurs sont liés à votre initiative. L'espace est limité dans le tableau; utilisez donc le format que vous voulez.

Posez-vous les questions suivantes :

- Certaines populations sont-elles plus touchées que d'autres?
- Certains FIV sont-ils plus puissants que d'autres?
- Y a-t-il d'autres FIV qui pourraient jouer dans l'une ou l'autre des populations que vous avez répertoriées?

2e étape : Impacts involontaires possibles sur les populations

Colonnes 2a) et 2b) : Impacts involontaires positifs et négatifs

Les impacts involontaires peuvent être négatifs, positifs ou même neutres. Pour chaque population que vous avez inscrite dans la colonne 1a), énumérez les impacts involontaires positifs ou neutres dans la colonne 2a) et les impacts involontaires négatifs dans la colonne 2b).

À présent, prenez le temps de discuter des impacts possibles de l'initiative sur les segments de la population que vous ciblez. Demandez-vous aussi quels pourraient être ses impacts sur les autres populations. Notez bien que les segments de la population sont fluides. Les gens s'identifient de nombreuses façons. Vous devrez explorer les FIV génériques et les FIV propres aux populations prioritaires dans votre communauté. Les questions suivantes sont faites pour favoriser les remue-méninges et la pensée créatrice. Gardez tous les impacts possibles à l'esprit, qu'ils soient positifs ou négatifs, pour chacun des FIV que vous avez repérés.

- Les soutiens sociaux seront-ils touchés?
- Les services liés aux ITSS seront-ils touchés?
- Les services de santé en général seront-ils touchés?
- Quelle population sera la plus touchée?
- Quelle est la probabilité de l'impact?
- Quelle est la gravité et l'envergure de l'impact?
- L'impact sera-t-il immédiat ou se fera-t-il sentir à long terme?

Colonne 2c) : Besoin de plus d'information

Généralement, pour une EIES rapide/de bureau, on évalue une initiative seulement avec l'information que l'on a sous la main. Il peut s'agir de l'expérience de l'équipe avec d'autres initiatives, d'une analyse rapide de l'environnement, d'un examen des travaux publiés ou d'une recherche rapide d'articles à l'aide des mots clés de l'initiative.

Lorsqu'on mène une évaluation plus approfondie et détaillée, les entretiens avec des informateurs et les groupes de discussion sont deux des moyens possibles d'obtenir plus d'information. Votre organisme devra déterminer si le fait de recueillir plus de données permettra de mieux éclairer l'initiative, et quel est le meilleur moyen de recueillir ces données si vous avez la capacité de le faire. Par exemple, si un organisme de première ligne veut élaborer un programme de sensibilisation aux ITSS pour les nouveaux immigrants des pays où le VIH est endémique, a-t-on la possibilité de parler à des membres de cette population? Sinon, quelles seront les conséquences sur l'élaboration de l'initiative? Si vous ne pouvez pas obtenir l'information dans les délais prévus de l'exercice, notez quand et comment vous allez le faire dans la colonne 2c).

3e étape : Atténuation des impacts

Lorsque les impacts de l'initiative ont été inscrits dans les colonnes 2a) et 2b), l'étape suivante consiste à atténuer les impacts involontaires qui sont négatifs. Voici des exemples de stratégies d'atténuation :

- Réduisez ou éliminez les obstacles à l'accès, liés par exemple à l'interprétation, au transport et à la garde d'enfants.
- Assurez-vous que les communications sont rédigées à un niveau de lecture et de compréhension approprié.
- Assurez-vous que les communications et la prestation de services sont culturellement appropriées.
- Augmentez la participation des groupes prioritaires à la planification et au processus d'élaboration de l'initiative.

- Faites cadrer plus étroitement l'initiative avec les projets ou les partenaires complémentaires, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.
- Offrez au personnel des possibilités d'instruction, de formation et de perfectionnement professionnel.

À cette étape, on discute à bâtons rompus de stratégies d'atténuation possibles pour chacun des FIV que l'on a repérés, puis on dresse un plan de mise en œuvre de ces stratégies.

Faites preuve à la fois de créativité et de sens pratique à cette étape. Réfléchissez à ce qui peut être atténué dès maintenant et à ce qui peut attendre. Si vous avez repéré beaucoup d'impacts négatifs, cela ne veut pas nécessairement dire que l'initiative devrait être mise de côté. Il ne faut peut-être qu'une stratégie plus concertée pour contrer ces impacts négatifs, surtout si les impacts positifs l'emportent.

Pour chaque impact négatif et positif involontaire indiqué à la 2e étape, décrivez les modifications que vous recommandez d'apporter à l'initiative afin de :

- réduire les impacts négatifs involontaires dans les populations indiquées,
- maximiser les impacts positifs involontaires dans les populations indiquées.

Par ailleurs, comme les FIV englobent la santé physique, sociale, mentale et spirituelle des gens, les organismes ont intérêt à tisser des liens de collaboration avec différents secteurs. L'information que vous recueillez auprès des populations les plus touchées, pour les besoins de l'évaluation, peut produire des idées créatives et novatrices.

Voici des exemples de questions à poser lorsque vous discutez ensemble de vos stratégies et de votre plan de mise en œuvre :

- Quels changements faut-il apporter à l'initiative pour qu'elle répondre aux besoins de chaque membre des populations prioritaires? Si ce n'est pas possible, comment peut-on adapter l'initiative pour réduire les risques et les vulnérabilités de la plupart des populations servies?
- Peut-on faire participer la population à la conception et à la planification des changements nécessaires?
- Peut-on consulter les acteurs privilégiés? Quelle est la manière la plus appropriée et la plus culturellement sûre de le faire?
- Comment l'initiative abordera-t-elle les obstacles systémiques à l'accès équitable aux soins créés par le système de soins de santé et par d'autres systèmes? L'initiative peut-elle surmonter certains de ces obstacles?
- A-t-on la possibilité d'étendre l'initiative aux autres populations touchées? Sinon, a-t-on la capacité de créer des liens vers les autres organismes de première ligne qui répondent aux besoins des autres populations touchées?
- Pourrait-on faire participer des organismes qui ne font généralement pas de prévention des ITSS (p. ex., les fournisseurs locaux de logements, les dispensateurs de services de santé mentale, les intervenants en toxicomanie)?

Quand vous avez fait cet exercice, réfléchissez brièvement à la possibilité que les ajustements eux-mêmes aient des conséquences involontaires. Si une stratégie accroît la vulnérabilité d'une population, la proposition initiale devrait être revue. Si l'initiative comporte trop d'impacts et qu'une stratégie d'atténuation réaliste n'est pas possible, alors il faut envisager des initiatives de rechange.

4e étape : Contrôle

À cette étape, vous commencez à répertorier des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie d'atténuation. Décrivez comment vous surveillerez l'initiative pour en déterminer les impacts au sein des populations prioritaires, analysés aux étapes 1 et 2.

Si votre organisme dispose déjà de certains outils, comme des évaluations officielles de ses programmes, vous pouvez décider de rester à l'intérieur de ces paramètres. Lorsque vous avez choisi une méthode de contrôle, intégrez-la dans le plan général d'évaluation ou de mesure du rendement de l'initiative.

Définissez les indicateurs de succès ou de progrès. Considérez l'Outil comme un document vivant. Retournez-y et comparez vos résultats aux objectifs originaux de l'EIES. Les données que vous obtiendrez ainsi vont améliorer les fondements scientifiques de vos initiatives et en éclairer les processus

de planification et d'élaboration.
Voici des exemples d'outils pouvant servir à contrôler l'initiative :

- Sondages auprès des clients ou questionnaires aux membres des populations prioritaires
- Rétroaction des partenaires communautaires
- Évaluation de programme afin de déceler les indicateurs de succès de l'initiative dans les populations prioritaires, p. ex., les taux d'ITSS
- Évaluation en cours d'exécution pour voir si les intervenants de première ligne, les promoteurs, les planificateurs et les décideurs intègrent bien l'équité et les FIV dans leurs processus et leurs interactions avec la clientèle
- Groupes de discussion avec les populations touchées pour voir si leur vulnérabilité a augmenté ou diminué depuis la mise en œuvre de l'initiative

Voici des exemples de questions à poser pour le processus de contrôle :

- A-t-on mis en œuvre la stratégie d'atténuation?
- La stratégie d'atténuation a-t-elle été efficace, sans hausse notable du risque? Comment le savez-vous?
- Quels sont les indicateurs dont l'organisme peut se servir pour illustrer les impacts sur l'équité?

Même si votre organisme n'a pas la capacité de mener une évaluation avec toutes les caractéristiques que vous aimeriez, il est important de faire l'exercice de planifier votre stratégie de contrôle. C'est l'occasion d'explorer certains des problèmes qui peuvent ne pas avoir été abordés auparavant et de réfléchir aux futures interventions de prévention.

5e étape : Diffusion

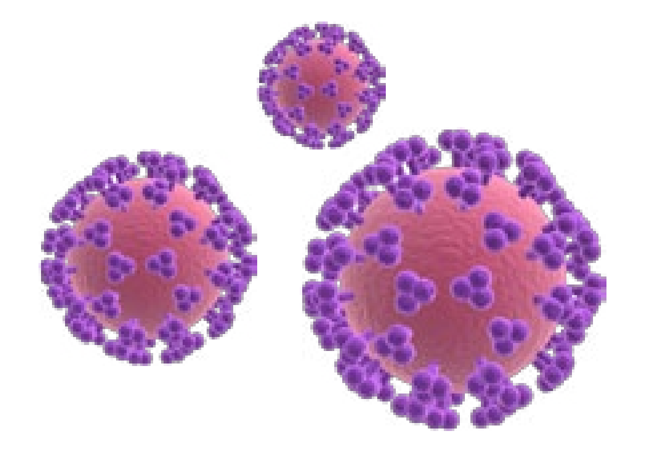
Cette étape consiste à répertorier les moyens de partager les résultats et les recommandations de votre EIES-ITSS. Il est important, aussi, de partager les leçons apprises et toute recommandation visant à redresser les iniquités et à affiner les FIV. Cet échange de connaissances permet à d'autres organismes de profiter de ce que vous avez appris et renforce leur capacité de mener leurs propres évaluations axées sur les ITSS.

Consignez par écrit les politiques que vous aurez révisées ou les processus décisionnels que vous aurez modifiés en raison de l'évaluation. Ce sera utile pour la mémoire institutionnelle et pour l'examen des futures initiatives et de leur impact sur les populations. Notez les évaluations de suivi ou les plans à long terme qui ont été suggérés, comme le remaniement du programme.

N'oubliez pas de partager vos résultats et recommandations avec les acteurs des secteurs extra-sanitaires, comme le logement, le transport, les services sociaux, les services juridiques et les professions apparentées au domaine de la santé. Leurs initiatives et leurs politiques peuvent avoir de grandes répercussions sur les FIV. Faites de la sensibilisation sur les difficultés et les obstacles que vivent de nombreuses personnes exposées aux ITSS. Ceci favorisera la création d'interventions intersectorielles visant à réduire la vulnérabilité et à accroître l'équité.

Voici des exemples de moyens de diffuser les leçons que vous avez apprises :

- Présentez une étude de cas lors d'une conférence, d'un webinaire ou d'un autre média.
- Produisez une revue de la littérature spécialisée ou une synthèse des données probantes.
- Résumez vos résultats pour le bénéfice des autres organismes de première ligne dans votre communauté.
- Organisez, pour le personnel de votre organisme et pour vos partenaires communautaires, un atelier ou une activité de perfectionnement professionnel basé(e) sur votre expérience.
- Publiez les résultats de votre EIES-ITSS sur votre site Web.



Voici des exemples de questions à poser lorsque vous planifiez vos activités de diffusion :

- Quel serait l'endroit logique, dans l'organisme, où consigner les résultats de l'EIES?
- Qu'est-ce qui serait une bonne tribune ou une bonne stratégie pour diffuser ces résultats?
- Avec qui d'autre l'organisme pourrait-il partager l'information? Par exemple, pourrait-on la partager avec les fournisseurs locaux de logements, les coopératives alimentaires, les services de santé mentale ou les services d'aide et de rétablissement aux toxicomanes?
- Qu'est-ce que les intervenants de première ligne ont appris sur l'exécution d'une EIES? Par exemple, avez-vous découvert des lacunes ou des données qui vous ont montré qu'il fallait pousser la recherche sur une population en particulier?
- Quels ont été les aspects positifs de votre EIES?
- Quels ont été les difficultés que votre organisme a rencontrées au fil du processus?
- Quel a été le résultat du processus dans son ensemble?

Exemple d'initiative pour remplir le modèle de l'EIES-ITSS

Un centre de santé communautaire planifie une initiative pour accroître ses activités de dépistage des ITSS en les offrant deux soirs par semaine. On veut aussi élaborer une ambitieuse campagne d'affichage pour sensibiliser la communauté aux risques de l'activité sexuelle sans barrière physique.

Contexte de l'initiative

Des campagnes de communication et de sensibilisation ciblées sur la santé sexuelle et les risques des ITSS ont eu lieu au cours des six derniers mois, et des intervenants de première ligne ont remarqué une tendance qu'ils trouvent préoccupante. Certains de leurs clients (hommes et femmes) ont divulgué pour la première fois qu'ils ne sont pas monogames avec leurs partenaires de longue date et que souvent, ils n'ont pas de rapports protégés lorsqu'ils sont avec leurs autres partenaires, qui sont souvent du même sexe. La plupart de ces relations sont anonymes et organisées en ligne. Ces clients et clientes disent que les sites Web en question garantissent la confidentialité et ont une vaste clientèle.

Les clients demandent de plus en plus de tests de dépistage des ITSS, ce qui alourdit la charge de travail à la clinique. Malgré l'augmentation du nombre de dépistages, personne n'a encore eu un résultat positif pour le VIH. Quelques résultats positifs pour les ITSS ont été enregistrés, mais aucun pour une maladie à déclaration obligatoire. Le personnel du centre a eu quelques discussions informelles et s'inquiète à la fois de l'augmentation de la charge de travail et du meilleur moyen d'aborder les risques que les clients pourraient courir.

Quelques-unes des infirmières gestionnaires de la clinique ont maintenant décidé d'offrir le dépistage le soir plutôt que durant la journée; elles veulent ainsi que les gens se sentent plus à l'aise et que le service soit plus culturellement adapté aux besoins de la clientèle. Dans le cadre de sa stratégie pour aborder les risques que prennent les clients, la clinique a aussi décidé de mener une ambitieuse campagne de sensibilisation aux risques de l'activité sexuelle sans barrière physique. La campagne comportera des affiches à poser dans les restaurants, les organismes et les agences de la localité, ainsi qu'une annonce pleine longueur sur un autobus. Les personnes sur les affiches seront modelées sur des membres de la communauté pour rendre la campagne plus pertinente et plus attrayante. La campagne sera lancée dans deux semaines.

À la dernière réunion de service, le personnel s'est dit inquiet que tout le monde n'ait pas eu son mot à dire dans la décision. Pour corriger la situation, tout le personnel participera à une évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé axée sur les ITSS afin d'évaluer pleinement l'initiative proposée.

Profil de la communauté

La communauté est un centre urbain de 100 000 habitants avec une seule industrie de base. L'extraction de ressources procure un revenu annuel médian de 52 500 $ à la plupart des résidents, qui sont principalement des cols bleus dans cette économie. La langue la plus souvent parlée à la maison est l'anglais, mais il y a une importante population de familles originaires d'Europe, de l'Inde et de l'Asie. Il y a aussi une importante population de Premières Nations et de Métis.

Selon la plus récente enquête nationale sur le sida menée au Canada, « Pensées, attitudes et convic-

tions », la communauté offre plusieurs services de santé sexuelle par l'entremise d'un bureau de santé publique et d'un centre de santé communautaire, héberge un organisme de services liés au sida (OSLS) et a des taux relativement faibles de VIH déclaré et d'ITSS à déclaration obligatoire aux autorités sanitaires. Des tests de sérodiagnostic du VIH (nominatifs, non nominatifs et rapides) sont disponibles; ils sont offerts par le bureau de santé publique et l'OSLS local.

L'OSLS n'est pas strictement parlant axé sur une population, mais sert généralement les hommes homosexuels et les personnes vivant avec le VIH. Beaucoup de ses clients admettent avoir consommé de la drogue par le passé et vivre de la violence, des problèmes de santé mentale et de l'itinérance; ils disent aussi subir de la discrimination dans le système de santé général. Une grande partie des programmes de l'OSLS sont exécutés par des pairs et des bénévoles ayant une expérience de première main du VIH et de la consommation de drogue, et qui agissent souvent comme mentors.

Il y a des programmes de prévention, mais les ressources sont rares. Avec les avancées dans les traitements, la sensibilisation aux risques du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement a diminué dans la communauté. Par conséquent, le centre de santé communautaire et le bureau de santé publique y sont devenus les agents de prévention primaire.

Exemple d'initiative pour remplir le modèle de l'EIES-ITSS (cliquez pour voir le tableau)



Annexe A : Modèle de l'EIES-ITSS (cliquez pour voir le tableau)

Annexe B: Lien entre l'initiative et les facteurs influençant la vulnérabilité aux ITSS

